



AUTHORIZATION FOR MEDICATION FORM

STUDENT'S

PICTURE

Student's Name

Grade

Date of Birth

School Name

Phone Number

FAX Number

The following section is to be completed by the parent or legal guardian:

I hereby grant permission to the principal or his/her designee of _____ School to assist in the administration of the prescribed medication to my child while in school and away from school while participating in official school activities (field trips). It is my responsibility to notify the school if and when these orders change. I understand the law provides that there shall be no liability for civil damages as a result of the administration of such medication where the person administering such medication acts as an ordinarily reasonably prudent person would under the same or similar circumstances.

Parent's/Guardian's Name: _____
(PLEASE PRINT USING ALL CAPS)

Relationship: (i.e. son, daughter) _____

Address: _____

Phone: _____

Parent's/Guardian's Signature: _____

Date: _____

The following section is to be completed by the Healthcare Practitioner (Physician, Advance Registered Nurse Practitioner, and/or Physician Assistant). A SEPARATE FORM MUST BE COMPLETED FOR EACH MEDICATION PRESCRIBED.

The student named in this document is under my medical supervision for the diagnosis described below. I have prescribed the following medication, which is necessary to be given in school during the hours of **10am-2pm** when parent/guardian cannot be present to administer the medication. I am aware that trained non-medical staff may administer this Healthcare Practitioner prescribed service.

PLEASE TYPE OR PRINT.

This order is to be effective for the school year: **20**____ - **20**____ or earlier **stop date:** _____

Diagnosis and Purpose for this Medication:

Allergies No ☐ Yes ☐ Please Specify Allergy: _____

Name of Medication: _____

Strength(i.e. mg/tab): _____

Instructions to Give: (Please specify exact Dosage & Frequency) **Dose:** (i.e. # of tablets, teaspoon, oz, mL) : _____ **Time:** (i.e. 11 a.m.) _____
Frequency: (i.e. q 6 hrs): _____ **Duration:** (i.e. 10 days) _____

Route: ☐ Oral ☐ Topical ☐ Subcutaneous ☐ I.M. ☐ Inhaled ☐ Other (describe) _____

Other Directions: _____

Side Effects: _____

Is student authorized to carry and use asthma medication, Epi-Pen™, or pancreatic enzymes? Yes ☐ No ☐

Has student been instructed in the use of asthma medication, Epi-Pen™, or pancreatic enzymes by practitioner? Yes ☐ No ☐

Is student authorized to carry diabetic supplies and has been instructed in diabetic care? Yes ☐ No ☐

Healthcare Practitioner's **Signature:** _____ **Date:** _____

Healthcare Practitioner's **Name (PLEASE PRINT USING ALL CAPS):** _____

Office Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

Date Medication Stopped by Parent/Guardian: _____ Signature: _____

School personnel may administer and/or dispense medication to students in compliance with the following procedures approved by the Dade County Department of Public Health:

- A. When there exists a long-term or chronic illness or disability that requires maintenance type medicine and where failure to take prescribed medication could jeopardize the student's health and when the medication schedule cannot be adjusted to provide for administration at home.
- B. When there is a written treatment plan signed by a licensed physician and a consent form signed by parent or guardian attached to the student's Cumulative School Health Record (HRS-H Form 3041) for each type of medication prescribed. This treatment plan shall explain the necessity for the prescribed medication to be provided by during the school day.
- C. All medicine shall be received and stored in original containers. When the medication is not in use, it shall be stored in its original container in a secure fashion under lock and key in a location designated by the principal.
- D. The assistance in the administration of prescribed medication to students shall be done by the school principal or his/her trained designee.
- E. School personnel will maintain and keep current a list of students receiving medication during school hours, including name of medication, dosage, side effects, purpose and usual time of administration. At the time a student receives medication, the following must be recorded: time, date, and by whom it was administered. It is suggested this information be placed on a medication log. (Sample A)
- F. Authorization forms which include the physician's treatment plan, the necessity for medication, and consent of parent or guardian for assisting students in the administration of prescribed medication by school personnel will need to be filed only one time during a school year. The parent or guardian shall advise the school authorities, in writing, when a change of medication is required. A change in medication by the directing physician during the school year will require a renewal of the authorization forms.
- G. There shall be no liability for civil damages as a result of the administration of such medication where the person administering such medication acts as an ordinarily reasonably prudent person would have acted under the same or similar circumstances.
- H. Orientation and training of district personnel assisting students in the administration of prescribed medication will be conducted, as necessary, by the Department of Health. The orientation will include medication policies and procedures, student's medical problems, the medication, its purpose, side effects, expected results and administration, the delivery, storage and proper care of medication.



FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

FOTO DEL
ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Grado

Fecha de nacimiento

Nombre de la escuela

Teléfono

Número del FAX

La siguiente sección la debe llenar el padre, la madre o tutor legal:

Por la presente, doy permiso al director de la escuela _____ o su designado para que asista en la administración del medicamento prescrito a mi hijo/hija mientras que se encuentra en la escuela y cuando está fuera de la escuela participando en actividades oficiales de la escuela (excursiones). Es mi responsabilidad notificar a la escuela siempre y cuando haya cualquier cambio. Entiendo que la ley estipula que no habrá responsabilidad por daños civiles debido a la administración de tal medicamento cuando la persona que administra tal medicamento actúa como lo haría ordinariamente una persona normal y razonablemente prudente en similares o en las mismas circunstancias.

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Parentesco: (Por ejemplo: hijo, hija) _____

(POR FAVOR IMPRIMA UTILIZANDO SOLO LETRAS MAYÚSCULAS)

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

La siguiente sección la debe llenar el Profesional de Salud Médica (Médico, Enfermero Registrado de Práctica Avanzada o Asistente Médico). SE DEBE LLENAR UN FORMULARIO POR SEPARADO POR CADA MEDICAMENTO

PRESCRITO. El estudiante que se nombre en este documento está bajo mi supervisión médica por el diagnóstico que se describe a continuación. He prescrito el siguiente medicamento que es necesario que se administre durante el horario de **10am a 2pm** cuando el padre/la madre/el tutor no pueden estar presentes para administrar dicho medicamento. Estoy consciente que personas entrenadas pero que no son personal médico pueden administrar este medicamento prescrito por un profesional de salud médica.

POR FAVOR, MECANOGRAFÍE O IMPRIMA.

Esta orden es efectiva para el curso escolar: **20**____ - **20**____ o la **fecha del último día** de la administración si fuese antes de que termine el curso escolar: _____

Diagnóstico y propósito de este medicamento: _____

Alergias No ☐ Sí ☐ Por favor, especifique que tipo de alergia: _____

Nombre del medicamento: _____ **Concentración del medicamento (ejemplo: mg en una tableta):** _____

Instrucciones para administrar el medicamento: (Por favor, especifique la dosis exacta y la frecuencia)

Dosis: (Por ejemplo # de tabletas, cucharadita, oz, mL): _____ **Hora:** (Ejemplo: 11 a.m.) _____

Frecuencia: (Ejemplo: Cada 6 hrs): _____ **Durante:** (Ejemplo: 10 días) _____

Vía: ☐ Oral ☐ Local ☐ Subcutánea ☐ Intramuscular ☐ Inhalaciones ☐ Otra (describa) _____

Otras instrucciones: _____

Efectos secundarios: _____

¿Está el estudiante autorizado a llevar consigo y utilizar medicamentos para el asma, Epi-Pen^{MR} o enzimas pancreáticas?

Sí ☐ No ☐

¿Ha recibido el estudiante instrucciones de un profesional sobre cómo usar el medicamento para el asma, Epi-Pen^{MR} o sobre las enzimas pancreáticas? Sí ☐ No ☐

¿Está el estudiante autorizado a llevar suministros para la diabetes y ha sido instruido en el cuidado de la diabetes? Sí ☐ No ☐

Firma del profesional de atención médica: _____ **Fecha:** _____

Nombre del profesional de atención médica (POR FAVOR, IMPRIMA CON LETRAS MAYÚSCULAS): _____

Dirección de la oficina: _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Fecha cuando el padre/madre/tutor paró la administración del medicamento: _____ **Firma:** _____

El personal de la escuela puede ayudar en la administración de medicamentos a los estudiantes que lo requieran y cumplir de esta manera con los procedimientos adoptados por el Departamento de Salud Pública del Condado de Dade.

- A. Cuando la enfermedad o la incapacidad es crónica o de larga duración y se requiere suministrar un medicamento; cuando el no proveer dicho medicamento puede poner en peligro la salud del estudiante y cuando las horas para administrar dicha medicina no pueden alterarse fuera de las horas escolares.
- B. Cuando existe archivado en el expediente escolar del alumno (HRS-H Form 3041) un plan médico debidamente firmado por un médico y una declaración de consentimiento escrita por los padres o tutores. Este plan debe explicar la necesidad para recibir ese medicamento durante horas escolares.
- C. Toda la medicina que se reciba debe mantenerse en su envase original. Cuando la medicina no esté siendo suministrada, deberá guardarse en su envase original, bajo llave y en un lugar seguro e indicado por el director.
- D. La administración del medicamento prescrito al estudiante se llevará a cabo por el director o por la persona designada a su efecto.
- E. El personal de la escuela debe mantener al día una lista con los nombres de los estudiantes que reciben medicamentos durante las horas escolares, el nombre de la medicina, la dosis a seguir, efectos secundarios, razón del medicamento y cuándo debe suministrarse. En el momento en que al estudiante se le da la medicina debe anotarse la hora, fecha y qué persona lo ayuda. Se sugiere que toda esta información debe registrarse en un diario de medicamentos. (Adjunto A)
- F. La documentación que comprende el plan médico, el consentimiento del padre o tutor y la autorización para suministrar la medicina debe ser archivada una sola vez durante el curso escolar. El padre o tutor le avisará por escrito a la escuela cuando sea necesario cambiar el medicamento. Un cambio del medicamento ordenado por el médico requiere una renovación de toda la documentación.
- G. No existe ninguna responsabilidad en caso de una acción legal por daños y perjuicios si la administración de dicho medicamento ha sido efectuada por una persona que ha actuado con la cordura y la prudencia que cualquier otra persona hubiese empleado en circunstancias semejantes.
- H. El entrenamiento y las sesiones de orientación al personal del distrito involucrado en ayudar a los estudiantes a recibir sus medicamentos, se efectuará cuando sea necesario, por el Departamento de Salud. Esta orientación debe incluir los procedimientos a seguir con los medicamentos, problemas de salud del estudiante, los medicamentos, objetivos y efectos secundarios, resultados y la administración, entrega, custodia y cuidado de los medicamentos.



FÒM OTORIZASYON POU MEDIKAMAN

STUDENT'S

PICTURE

Non Elèv

Ane Eskolè

Dat Nesans

Non Lekòl

Nimewo Telefòn

Nimewo FAKS

Paran an oubyen gadyen legal la gen pou ranpli seksyon k ap suiv la:

Konsa mwen bay direktè(tris) la oubyen moun li deziyen nan Lekòl _____ pou asiste nan administrasyon medikaman yo preskri pitit mwen an pandan li lekòl e lè li pa lekòl pandan l ap patisipe nan aktivite ofisyèl lekòl la (pwomnad). Se responsablite mwen pou m avize lekòl la si e kilè lòd sa yo chanje. Mwen konprann lwa a mande pou pa kenbe w responsab pou domaj sivil akòz administrasyon medikaman sa a kote moun ki ap administre medikaman an aji kòm yon moun ki òdinèman e rezonabman pridan ta aji anba menm oubyen sikonstans parèy.

Non Paran/Gadyen: _____

Relasyon: (egzanp pitit gason, fi) _____

(SILVOUPLÈ ENPRIME TOUT LÈT YO)

Adrès: _____

Telefòn: _____

Siyati Paran/Gadyen: _____

Dat: _____

Pwofesyonèl Sante (Doktè, Enfimyè Pwofesyonèl Anrejistre Avanse, e/oubyen Asistan Doktè) gen pou ranpli seksyon k ap suiv la. YO DWE RANPLI YON FÒM SEPARÉ POU CHAK MEDIKAMAN YO PRESKRI.

Elèv yo site nan dokiman sa a anba sipèvizyon medikal mwen pou dyagnostik ki dekri anba a. Mwen preskri medikaman k ap suiv la, ki nesè pou yo bay li lekòl a **10è dimaten pou 2è nan aprèmidi**, lè paran/gadyen an pa ka prezan pou l administre medikaman an. Mwen okouran anplwaye ki pa fòme nan domèn medikal ka administre sèvis sa a Pwofesyonèl Sante preskri.

SILVOUPLÈ TAPE OUBYEN ENPRIME.

Lòd sa a ap efektiv pou ane lekòl: **20** _____ - **20** _____ oubyen pi bonè dapre **dat yo estope li a:** _____

Dyagnostik ak Rezon pou Medikaman sa a:

Alèji Non ☐ Wi ☐ **Silvouplè Espesifye Alèji:**

Non Medikaman an:

Fòs(egzanp mg/tab):

Fason pou Bay li: **Dòz:** (egzanp kantite grenn, kiyè, onz, mL) : _____ **Kilè:** (egzanp 11è dimaten) _____

(Silvouplè espesifye dòz

egzak ak Frekans)

Frekans: (egzanp chak sizèdtan): _____ **Pou dire:** (egzanp 10 jou) _____

Fason: ☐ Oral ☐ Lokal ☐ Anba Po ☐ I.M. ☐ Respire ☐ Lòt Fason (dekri) _____

Lòt Direktif: _____

Efè Segondè Medikaman an: _____

Èske elèv la otorize pou l pote e sèvi ak medikaman pou opresyon, “Epi-Pen TM”, oubyen anzim pankreyas? Wi ☐ Non ☐

Èske pwofesyonèl sante a mande elèv la pou l sèvi ak medikaman pou opresyon, “Epi-Pen TM”, oubyen anzim pankreyas?

Wi ☐ Non ☐

Èske elèv la otorize pou l pote materyèl pou swen dyabetik?

Wi ☐ Non ☐

Siyati Pwofesyonèl Sante a: _____ **Dat:** _____

Non Pwofesyonèl Sante a (SILVOUPLÈ ENPRIME TOUT LÈT YO): _____

Adrès Biwo a: _____ **Telefòn:** _____ **Faks:** _____

Dat Paran/Gadyen an Estope Medikaman an: _____ **Siyati:** _____

Anplwaye lekòl kab bay oubyen ede elèv yo pran medikaman selon pwosedi sa yo Depatman Sante Piblik Dade County apwouve.

- A. Lè genyen yon maladi k ap dire lontan oubyen yon maladi kwonik oubyen andomajman ki mande pou elèv la kontinye pran medikaman e lè li pa pran medikaman doktè yo preskri a sa kab lakoz sante l deteryore e lè orè pou l pran medikaman an pa ka ajiste pou l pran l lakay li.
- B. Lè genyen yon plan tretman ki egziste e yon doktè lisansye siyen l e yon paran oubyen gadyen siyen yon fòm pou bay konsantman l klase nan dosye sante (HRS-H Form 3041) lekòl la pou chak kalite medikaman ki preskri. Plan tretman sa a dwe eksplike nesesite pou yo bay elèv la medikaman an pandan jounen lekòl la.
- C. Nou dwe pote tout remèd vini lekòl la nan boutèy yo te vann li a orijinal nan. Lè nou pap sèvi ak medikaman an nou ap konsève li nan boutèy li e plase li nan yon bifèt ak kle nan yon kote direktè a endike.
- D. Se administratè a oubyen yon anplwaye direktè a chwazi k ap ede nan bay elèv yo remèd ki preskri.
- E. Anplwaye lekòl la ap kenbe yon lis ajou sou timoun k ap pran medikaman nan lè lekòl la, lis la ap genyen non medikaman an dòz la, efè medikaman an, rezon pou medikaman an e tou lè pou yo bay elèv la medikaman an. Lè yon elèv vin pran medikaman anplwaye a dwe make sa nan dosye a: lè a, dat la, e ki moun ki te bali medikaman an. Nou sijere pou enfòmasyon sa yo klase nan lis medikasyon an.
- F. Fòm otorizasyon ki gen plan tretman doktè a, nesesite pou medikaman an, e konsantman paran an oubyen gadyen an pou anplwaye lekòl bay pitit yo medikaman ki preskri dwe ranpli e klase l nan yon sèlwa pandan ane lekòl la. Paran oubyen gadyen an dwe avèti otorite yo nan lekòl la, a lekri, lè doktè a mande pou fè chanjman nan medikaman an. Yon chanjman doktè a fè nan medikamn an pandan ane lekòl la kab lakoz yo renouvle fòm otorizasyon an.
- G. Nou pa responsab domaj sivil kòm rezilta paske yon moun te bay timoun nan medikaman sa a, kote moun nan te bay medikaman an kòm yon responsablite dòdinè ak prekosyon li ta va pran nan nenpòt oubyen nan sikonstans parèy.
- H. Lè li nesesè Depatman Sante ap ofri oryantasyon antrenman pou anplwaye distri a ede elèv yo nan ba yo medikaman preskri. Oryantasyon an ap kouvri règleman, pwosedi, pwoblèm medikal elèv la, medikaman an, rezon pou li, efè li, ki rezilta yo espere paske elèv la ap pran medikaman an, resevwa medikaman an, kòman pou konsève li e prekosyon pou yo pran ak medikaman an.